



HOMOSSEXUALIDADES FEMININAS NO CONTEXTO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

FEMININE HOMOSEXUALITIES IN THE CONTEXT OF HEALTH INFORMATION SYSTEMS

HOSEXUALIDADES FEMENINAS EN EL CONTEXTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Leticia da Silva Cabral¹, Raimundo Augusto Martins Torres², Lucilane Maria Sales da Silva³, Antonia Regynara Moreira Rodrigues⁴, Aleide Barbosa Viana⁵, Paulo César de Almeida⁵

RESUMO

Objetivo: analisar a saúde das mulheres que fazem sexo com mulheres, no âmbito dos sistemas de informação. **Método:** investigação temporal das questões abordadas na Política de Saúde LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) com foco nas mulheres. Os dados foram extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. **Resultados:** no estado do Ceará (CE), Brasil, foram registrados 186 casos de HIV/AIDS em mulheres que fazem sexo com mulheres, no período de 2006 a 2014, sendo 77% dos casos nas cidades mais populosas. Com relação à união civil, o estado do Ceará registrou neste ano 60 uniões entre duas mulheres, representando o maior índice na região Nordeste. **Conclusão:** evidenciou-se a necessidade de inclusão efetiva de dados dessa população no contexto dos sistemas de informação, além da necessidade de reorganizar a disponibilização desses indicadores e intensificar as práticas de saúde. **Descritores:** Política de Saúde; Homossexualidade Feminina; Sistemas de Informação.

ABSTRACT

Objective: to analyze the health of women who have sex with women in the context of information systems. **Method:** this is a temporal investigation of the issues addressed in the LGBT Health Policy (Lesbian, gay, bisexual, transvestite, transsexual and transgender), focusing on women. Data were extracted from the Department of Informatics of the Unified Health System and the Brazilian Institute of Geography and Statistics/IBGE. **Results:** in the state of Ceará (CE), Brazil, there were 186 cases of HIV/AIDS registered in women who have sex with women from 2006 to 2014, 77% of which are in the most populous cities. Regarding the civil union, the state of Ceará recorded 60 unions between two women, representing the highest index in the Northeast region. **Conclusion:** the need for effective inclusion of data from this population in the context of information systems was evidenced, as well as the need to reorganize the availability of these indicators and intensify health practices. **Descriptors:** Health Policy; Homosexuality, Female; Information Systems.

RESUMEN

Objetivo: analizar la salud de las mujeres que hacen sexo con mujeres, en el ámbito de los sistemas de información. **Método:** investigación temporal de los problemas enfocados en la Política de Salud LGBT (Lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transexuales y transgêneros), con foco en las mujeres. Los datos fueron extraídos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud e, Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística/IBGE. **Resultados:** en el estado de Ceará (CE), Brasil, fueron registrados 186 casos de VIH/SIDA en mujeres que hacen sexo con mujeres, en el período de 2006 a 2014, siendo 77% de los casos, en las ciudades más populosas. Con relación a la unión civil, el estado de Ceará registró en ese año, 60 uniones entre dos mujeres, representando el mayor índice en la región nordeste. **Conclusión:** se evidenció la necesidad de inclusión efectiva de datos de esa población en el contexto de los sistemas de información, además de la necesidad de reorganizar la disponibilidad de estos indicadores e intensificar las prácticas de salud. **Descritores:** Política de Salud; Homossexualidad Femenina; Sistemas de Información.

^{1,2,3}Enfermeiras, Mestrandas em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará/UECE, Fortaleza(CE), Brasil. E-mails: leticyacabral@hotmail.com; aleideviana@gmail.com; regynararodrigues@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Graduação/Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Estadual do Ceará-/UECE. Fortaleza(CE), Brasil. E-mail: lucilanemaria@yahoo.com.br; ⁵Estatístico, Professor Doutor em Saúde pública, Graduação/Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: pc2015almeida@gmail.com; ⁶Enfermeiro, Professor Doutor em Educação, Graduação/Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza(CE), Brasil. E-mail: augustomtorres70@gmail.com

INTRODUÇÃO

O relegado reconhecimento da complexidade da saúde LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) demandou a formulação de políticas específicas para atender às necessidades da população no contexto de saúde-doença.¹ Ao longo dos anos, um conjunto de políticas públicas de saúde que contemplem as necessidades do grupo vem sendo articulado com o apoio de gestores e técnicos de agências governamentais nas diferentes instâncias sociais.

Essas políticas partem do conceito ampliado de saúde e do princípio da Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera proteção, orientação sexual e identidade de gênero, além das questões que perpassam a garantia de segurança pública, questões de saúde mental e vulnerabilidades relativas ao grupo, como prioridades na atenção.²

O sexo entre mulheres e suas formas de prevenção é, ainda, uma questão de difícil manejo tanto para os clientes que são assistidos pela atenção básica quanto pelos próprios profissionais da saúde. O acesso ao serviço, a discriminação e preconceito são empecilhos para o desenvolvimento da assistência equitativa de qualidade.

As mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) estão mais vulneráveis, pois as práticas sexuais são sempre compreendidas como heterossexuais e as consultas acabam por ser bastante conflituosas ao desconsiderar essa questão, que é pouco referida pelas mulheres. A liberdade de expressão da orientação sexual pode ser um fator relacionado à dita invisibilidade na garantia da saúde e essa prerrogativa se relaciona a sua maior vulnerabilidade.

O conceito de vulnerabilidade é recente no campo da saúde e objetiva superar práticas preventivas, ancoradas no conceito de risco proposto por Mann e Tarantola e adaptado por Ayres e colaboradores, que se compreende como o movimento de associar chances de exposição ao adoecimento como resposta de um conjunto de fatores individuais ou coletivos, amparados pela maior suscetibilidade ao acometimento de agravos em saúde.³

O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas aponta resultados que mostram as desigualdades de acesso aos serviços de saúde pelas MSM. Dentre aquelas que procuram atendimento, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual; dentre as que o fazem, uma considerável parte destaca que a equipe

deixa de realizar determinados exames durante a consulta por não saber lidar com a informação dada.⁴ Isso destaca a importância de se avaliar a assistência prestada e a receptividade da mulher quanto a isso.

Ainda de acordo com esse Dossiê, com a *feminização* da AIDS passou-se a considerar a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo vírus HIV.⁴ Dessa maneira, em 2008, aconteceu a 1ª Conferência Nacional LGBT que promoveu de forma ampla a participação social e o debate público sobre as necessidades de saúde da população LGBT. Desse encontro resultou a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, legitimada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2009.

A consulta ginecológica é marcada por despreparo profissional, que desconsidera as especificidades da orientação sexual. Dessa forma, importantes informações deixam de ser registradas e esclarecidas no momento em que a assistência é prestada, como as formas de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).⁵

Pesquisa realizada pela Secretaria de Saúde de São Paulo, no ano de 2012, destacou que apenas 2% das 145 mulheres que fazem sexo com mulheres entrevistadas se previnem durante o sexo para evitar DST. Dentre elas, cerca de 34% apresentavam um desequilíbrio da flora vaginal. De 121 amostras colhidas, 25% apresentaram crescimento de fungo. No exame Papanicolau, 7,7% das mulheres tiveram um resultado representativo de alguma anormalidade.⁶

Em 2013, o Ministério da Saúde do Brasil lançou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que marcou o reconhecimento das demandas dessa população, trazendo diretrizes, planos operacionais e estratégias para a concretização de suas propostas.⁷ Reflexões são necessárias acerca da implementação dessa Política e o cumprimento efetivo dos princípios do SUS a fim de tornar visível uma questão real para que a assistência se torne mais humana e tenha efeito, também, sobre a qualidade da saúde dessa população, de maneira especial, com ações preventivas de saúde, no entanto algumas medidas vêm sendo tomadas como direitos adquiridos pelo movimento LGBT, por exemplo, o uso do nome social, a inclusão da orientação sexual autorreferida na ficha do eSUS e mobilizações contra homofobia e violência. Mas, os resultados desses avanços ainda são pouco divulgados, assim como a avaliação dessas mudanças no cotidiano de vida dessa população. Há lacunas dizíveis e

visíveis nesse sentido, o que fortalece a permanência da invisibilidade.

A demanda dos movimentos LGBT provoca reivindicações em diversas áreas, o que exige atuação sistematizada e articulada entre as instâncias do operador desta política, o Estado brasileiro. A questão da linguagem em Foucault é sobre como as práticas discursivas produzem efeitos e se materializam, seja em documentos, instituições ou mesmo no modo como produzimos as subjetividades. Esse é um desafio, materializar propostas, problematizar o discurso de interdição, separação e rejeição que ainda impera na sociedade contemporânea.⁸ Portanto, para desconstruí-lo, é necessário promover diálogos que produzam novas práticas sobre as necessidades da população LGBT em seu contexto de vida.

Assim como os determinantes comportamentais e a diversidade de orientações sexuais, também se destacam como prioridade referida pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde⁹ o *Acesso e qualidade da atenção às mulheres que fazem sexo com mulheres, homossexuais, bissexuais, lésbicas, transexuais e outras orientações sexuais, e profissionais do sexo, na avaliação de políticas, programas e serviços*. Todavia, é um tema pouco debatido e de pequenos investimentos no setor saúde, quanto a recursos humanos e materiais, o que demonstra a necessidade de superação da lacuna apresentada nos estudos dessa vertente.

O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) abriga muitas informações referentes à situação da saúde no território brasileiro, abrangendo dados dos diversos níveis de atenção. A informação em saúde é instrumento da vigilância para o desenvolvimento de ações e se faz importante para a definição de problemas e riscos para a saúde; avaliação da eficácia; eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados.¹⁰

A coleta e disponibilidade desses dados para o encaminhamento dessas ações precisam ser fidedignas quanto a sua realidade, posto que são fontes representativas das situações de saúde enfrentadas nos diversos territórios. Além disso, tornam visíveis para serem melhor avaliadas, de forma que cheguem ao conhecimento de todos.

Cabe destacar que há muitas lacunas existentes nos sistemas de informação de

saúde, hospedados no DATASUS. A sua alimentação e atualização é de suma importância para dar visibilidade a essas informações com vistas a subsidiar ações da Política Nacional de Saúde para LGBT.

Dessa forma, o estudo analisa descritivamente os dados acerca da saúde das mulheres que fazem sexo com mulheres, no âmbito dos sistemas de informação de saúde, trazendo reflexões embasadas em outros estudos sobre o tema, considerando como base para a coleta o disposto na Política Nacional de Saúde Integral LGBT, seu plano operativo referente a 2012-2015, os direitos garantidos e as principais vulnerabilidades evidenciadas.

A relevância deste estudo se encontra na possibilidade de contribuição referente à atualização e aprimoramento dos dados dos sistemas de informação em Saúde. Informações essas passíveis de serem implementadas na prática de atenção em saúde da população LGBT. Pois, com isso, dar-se-á visibilidade às vulnerabilidades das MSM, deslocando-as do campo marginal referenciado pela heteronormatividade compulsória imposta pela sociedade machista e patriarcal brasileira.

MÉTODO

Estudo ecológico, de caráter descritivo, que apresenta uma análise da evolução temporal das violências, DST e outras vulnerabilidades, com foco nas mulheres que fazem sexo com mulheres, abordadas na Política Nacional de Saúde da População LGBT. Realizado seguindo as etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos objetivos; definição das informações extraídas dos sistemas de informação; tabulação dos dados; análise e discussão dos achados.

Esse tipo de estudo caracteriza-se pela comparação da ocorrência de doença ou determinada condição para verificar se há relação de associação com outras causas ou entre as mesmas avaliadas.¹¹ Para tal, os dados referentes ao estudo foram extraídos de Sistemas de Informações em Saúde, disponíveis nos *sites* DATASUS (www.datasus.gov.br) e IBGE, e com resultados de outras pesquisas. A análise desses dados foi realizada pela discussão de políticas e outras diretrizes voltadas ao grupo em estudo e de acordo com literaturas acerca da temática.

Considerando a lacuna preexistente nos sistemas de informação de dados relacionados a gays, lésbicas e bissexuais, alguns resultados foram discutidos mediante informações para

mulheres de modo geral por serem os dados disponíveis para acesso. Ainda que na referida base de dados não as caracterize de acordo com a sua orientação sexual, foi considerado dessa forma em virtude da representatividade das mulheres que fazem sexo com mulheres dentro da totalidade, por considerar também que a questão de gênero possa resvalar em determinados índices discutidos.

Para melhor entendimento da problemática abordada neste estudo, foram discutidos os números para diferentes realidades da região Nordeste, enfatizando o tamanho da população a fim de evidenciar melhor as questões postas a partir da questão norteadora, elaborada por meio da estratégia PVO (P: Paciente, V: Variável e O: Outcomes ou desfecho): Qual a visibilidade das mulheres que fazem sexo com mulheres no contexto dos Sistemas de Informação em Saúde do SUS?

Os dados foram colhidos entre outubro e novembro de 2015 e estão apresentados mantendo os registros de acordo com sua disposição nos sistemas visando evidenciar o alcance tomado, dando evidência a índices relacionados com MSM.

A análise foi realizada a partir da comparação dos dados dentre os territórios selecionados do estado do Ceará e discutidos perante a literatura pertinente e outros estudos realizados.

RESULTADOS

Na tabela a seguir, temos os casos de AIDS notificados no estado do Ceará para mulheres que se autodefinem homossexuais ou bissexuais, nos municípios que apresentaram maior representatividade numérica nos resultados.¹²⁻³

Tabela 1. Casos de AIDS notificados no estado do Ceará, segundo município de residência, em mulheres que se autodefinem homossexuais ou bissexuais. Fortaleza (CE), Brasil (2015)

Município	Caucaia	Fortaleza	Iguatu	Maracanaú	Total (n)	Total (%)
2006	1	0	0	0	1	0,7%
2007	0	4	0	1	5	3,5%
2008	1	19	0	0	20	14,0%
2009	2	13	1	1	17	11,9%
2010	2	10	0	0	12	8,4%
2011	2	11	0	0	13	9,1%
2012	6	28	2	1	37	25,9%
2013	2	14	1	4	21	14,7%
2014	1	14	1	1	17	11,9%
Total	17	113	5	8	143	
População	353.932	2.591.188	101.386	221.504		

Fonte: DATASUS e IBGE.

De acordo com dados divulgados pelo IBGE¹⁴, dispostos na Tabela 2, referentes ao número de uniões civis entre duas mulheres no ano de 2014, ocorreram cerca de 2.440 uniões civis entre mulheres registradas, sendo que aproximadamente 10% destas ocorreram

na região Nordeste, sendo a terceira do território brasileiro com mais realizações de casamentos entre mulheres do mesmo sexo, com destaque para a região Sudeste com 1.602 casamentos realizados nesse período.

Tabela 2. Casamentos, por mês de ocorrência, segundo o lugar do registro e união de ambos os cônjuges femininos em 2014. Fortaleza (CE), Brasil (2015)

Casamento por mês de ocorrência	Local do registro										
	Nordeste	MA	PI	RN	PB	PE	AL	SE	BA	CE (n)	CE (%)
Janeiro	15	1	3	3	0	4	2	0	2	4	27%
Fevereiro	13	0	1	3	0	3	2	0	4	8	62%
Março	14	2	0	2	0	6	1	0	3	8	57%
Abril	11	1	0	1	0	6	0	2	1	4	36%
Maio	13	1	1	2	1	2	2	0	4	3	23%
Junho	6	1	0	1	0	2	1	0	1	3	50%
Julho	16	1	2	3	0	3	2	1	4	2	13%
Agosto	11	1	1	2	0	2	1	1	3	1	9%
Setembro	14	2	0	2	0	3	1	1	5	3	21%
Outubro	33	12	3	1	2	8	2	1	4	5	15%
Novembro	25	1	0	3	6	10	0	0	5	7	28%
Dezembro	26	2	2	4	6	7	1	0	4	11	42%
Total	197	25	13	27	15	56	15	6	40	59	30%

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registro Civil 2014.¹⁴

DISCUSSÃO

As informações acerca das mulheres que fazem sexo com mulheres são bastante incipientes, tanto nas bases de dados quanto nos sistemas de informação em saúde. Nestes, os únicos dados que dão possibilidade de consulta para o grupo são referentes ao HIV/AIDS.

Uma pesquisa da PUC do Rio Grande do Sul entrevistou cerca 1500 jovens solteiros, com idade entre 18 e 24 anos, em todo o Brasil, e destes, cerca de 22% das mulheres se declaram homossexuais ou bissexuais, sendo assim uma parcela considerável e que requer atenção.¹⁵

De maneira retrospectiva, a garantia de direito das mulheres apresenta uma série de marcos com evidências situadas nas dificuldades e diferenças, em um histórico de prevalência do cuidado baseado na relação com o outro e com a sociedade, destacando-se, dessa forma, uma política restritiva das mulheres em relação aos seus próprios corpos. Com o Movimento de Lutas, esse cenário passou a fazer-se diferente, com o olhar voltado para as necessidades das próprias mulheres e suas especificidades.¹⁶⁻⁷

A construção perpassa vários momentos com o controle da pobreza baseado na natalidade e a questão do planejamento incipiente, fundamentadas em práticas impostas e coercitivas. Historicamente, muitos movimentos foram gerados no campo da defesa dos Direitos Humanos. No entanto, o direito sexual e reprodutivo só passa a ser entendido, enquanto necessidade também da mulher, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).¹⁶⁻⁷

Todavia, no Documento de Cairo da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), 1994, a visão do direito sexual e reprodutivo passa a ser considerada a partir de outros paradigmas, a mulher sai do binômio materno-infantil, do controle de natalidade por imposições e adquire um direito próprio ampliado de saúde nesses campos. Nessa nova visão, evidenciou-se potencial desafio quanto às DST, em um processo de feminização do HIV/AIDS.¹⁷

Ao tratarmos do contexto de vulnerabilidade, as mulheres aparecem como mais suscetíveis em várias situações como a AIDS e também aos diversos tipos de violências (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2008), como pode ser observado na Tabela 1, que sugere a evidência de números que não são visibilizados, posto

que os mesmos habitam um contexto bem pouco revisitado.

Os números apresentados expressam o ativismo na Política Nacional LGBT, que considera visível que os índices são ainda maiores, de uma doença que é pouco associada às MSM, mas que de acordo com os dados disponíveis no sistema de informação é uma realidade. O diagnóstico e avaliação da doença são difíceis em virtude da ideia de que o contato entre as mulheres no ato sexual não é suficiente para o contágio, em especial nas relações ditas monogâmicas para mulheres declaradas lésbicas.

Evidenciou-se que os maiores índices de acometimento são de mulheres de cidades mais desenvolvidas. Esse fato pode estar relacionado com a legitimação dos direitos de livre expressão sexual das mulheres em falar, tendo em vista que a discriminação é ainda menor em cidades de menores portes. Pode também estar associada ao número da população e por consequência a sua diversidade. Com exceção de Iguatu e Paraipaba, municípios do estado do Ceará com até 150.000 habitantes, que não tiveram mais de dois casos registrados durante o intervalo de tempo. Caucaia, Fortaleza e Maracanaú apresentaram os maiores índices, o que enaltece ainda mais o imperativo do desenvolvimento de práticas e atitudes de promoção e prevenção desses agravos em saúde, com ocorrência de 25% dos casos, no ano de 2010, anterior ao lançamento da Política Nacional de Saúde LGBT.

Considerando todas as cidades que apresentaram notificação de pelo menos um caso no decorrer do período mencionado, um total de 186 casos foi registrado. Isso torna evidente que nas cidades mais populosas as vulnerabilidades aumentam, representando 77% (143 casos) dos números mostrados.

De acordo com a Política Nacional de Saúde LGBT, o SUS deve oferecer atenção equitativa e integral para a população LGBT, em especial com relação ao HIV/AIDS, o que permanece sendo negligenciado por parte dos diversos níveis responsáveis pela assistência.⁷

As MSM constituem, então, um grupo ainda mais vulnerável. No que diz respeito à infecção pelo vírus da AIDS entre duas mulheres, a ocorrência é muito rara, mas há registros que a confirmam. Foi recentemente reportado nos EUA um caso de transmissão de HIV, em uma relação lésbica, em que na testagem do vírus, o resultado evidenciou 98% de identificação entre eles, o que é representativo de infecção.¹⁸ A contaminação é, em geral, associada ao uso de acessórios sexuais, o que seria um ponto fundamental da

lógica preventiva, pois apesar de a carga viral da secreção feminina ser bem menor que a do esperma, esta pode tornar-se mais ou menos infecciosa na presença de traumas.¹⁹

Assim, esse é o contexto habitado pelas demais DST para mulheres que fazem sexo com mulheres, o da invisibilidade. As demais doenças sexualmente transmissíveis não são avaliadas quanto à possibilidade de transmissão nas relações homossexuais entre mulheres, consequência disso é que os sistemas não são alimentados com informações referentes a essa população, o que causa uma subnotificação destes, com consequências que recaem sob a assistência, evidenciando, mais uma vez, a vulnerabilidade a que elas estão expostas.

A ocorrência de sífilis em mulheres em idade fértil varia entre 1,5 e 5,0%, com números mais alarmantes para população considerada de risco.²⁰ O índice de sífilis adquirida é outro dado falho, que não aparece no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), ainda que este seja de suma importância para programação de ações e estratégias de saúde.

Com relação às DST, a única que consta no SINAN, além do HIV/AIDS e sífilis congênita (nesse caso a transmissão é via placentária), é a hepatite B, mas ainda imersa no cenário que desconsidera as possibilidades de relações homossexuais entre mulheres e o seu caráter de risco diante da falta de prevenção e ações nas demais instâncias de proteção e cuidado.

A possibilidade de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) e os seus consequentes riscos também devem ser olhados com mais atenção. Representa um vírus de ampla propagação, enquanto o seu exame preventivo, Papanicolau, é pouco difundido sobre sua importância e necessidade. As práticas das mulheres lésbicas devem estar sempre sobre vigilância e serem alvos do cuidado. O sexo oral, o sexo com pessoas soropositivas e compartilhamento de acessórios e, em especial, o desentendimento sobre a proteção nas relações são as principais formas de contágio a serem observadas e discutidas a fim de atuar na prevenção e cuidado.²¹

Ao analisar os dados disponíveis no Siscolo para mulheres, independente da sua orientação sexual (1990 a 2006), nota-se maior número em Fortaleza, com a realização de 165.000 exames nesse intervalo. As estimativas apontam que 25% a 50% das mulheres estejam infectadas pelo HPV. Isso é muito relevante ao considerar o fato de que a OMS aponta que 500.000 mulheres são diagnosticadas por ano no mundo e mais da

metade morre pelo acometimento.²² Considerando esses números e ressaltando a mulher lésbica enquanto invisível, precisa ser revisto como elas estão sendo abordadas quanto a essa questão nos serviços de saúde a fim de poder atuar no cuidado e prevenção.

Superar a invisibilidade vai muito além de questões ancoradas no âmbito da saúde, envolve direitos civis, sociais e humanos inseridos também nas agendas políticas. Nesse sentido, são incluídos nas necessidades do grupo maior apoio a questão da união civil das famílias homoparentais, redução da violência, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos como imperativos de resolutividade.⁷

É importante tratar do contexto de violência a que o grupo LGBT é exposto. A questão do preconceito é um problema real. Quando realizadas buscas no SINAN, um dado de grande relevância como tal não está disponível, o que ressalta a falta de notificações e busca de evidências quando se trata de violência realizada com mulheres lésbicas e bissexuais, ficando à margem, a despeito de uma situação que é aparente e imperiosa de atenção e cuidado.

A violência contra a mulher é uma das bandeiras de luta de grupos de mulheres lésbicas e bissexuais e com garantias legais através da Lei nº 11.340/2006, conhecida como a Lei Maria da Penha, que prescreve punições para os diversos tipos de violência enfrentados.²³ Segundo o Boletim de violência homofóbica do ano de 2012 no estado do Ceará, foram registradas 300 violações relacionadas à população LGBT, evidenciando um aumento de 126% com relação ao ano anterior.²⁴ No discurso da sociedade com uma herança patriarcal que compactua com isso, a violência é uma medida punitiva ou corretiva. As mulheres lésbicas são constantemente alvo de violência, dos mais diversos tipos, sendo dos mais anunciados o estupro como medida corretiva.

Nos anos de 2009 a 2015, 2.041 mulheres sofreram algum tipo de violência, enquanto para homens nesse mesmo período o registro é de 869, o que aqui reforça a desigualdade de gênero que transborda e resvala nas violências sofridas pelas mulheres homo e bissexuais, que estão incluídas no número descrito.²⁵ Crimes homofóbicos, na maioria das vezes, são de motivação preconceituosa. A construção necessária para a redução desses números não é simples, são várias as questões responsáveis pelo estigma carregado pelos homossexuais, em especial pela mulher homossexual.

Nota-se retardo no cumprimento de políticas que contemplem a saúde das MSM,

quando, desde muito antes, há planos de enfrentamentos a DST, a violência para homens que fazem sexo com homens e a diversas outras especificidades. Pois, mesmo com os avanços e esforços das mulheres e feministas no sentido de adequar a legislação para igualdade de direitos e assistência equitativa, são muitos os casos evidenciados.

Como pôde ser observado na Tabela 2, o Ceará é apontado como o estado do Nordeste com o maior número de uniões civis entre mulheres no ano de 2014. No ano anterior, esse número foi ainda maior, com 104 casamentos de um total de 264 realizados na região Nordeste. Somente a partir do ano de 2013, essas estatísticas passaram a ser divulgadas pelo IBGE.

A Carta de Brasília²⁶ já trazia a necessidade imperante de reafirmação dos direitos homossexuais, que ainda precisam ser ditos dessa forma por não estarem incluídos no direito comum a todos, solicitando o cumprimento dos objetivos do Programa Brasil sem Homofobia e a aprovação dos projetos de lei que criminaliza a homofobia; que reconhece a união civil de pessoas do mesmo sexo e que autoriza a mudança do nome civil das travestis e transexuais pelo seu nome social,²⁶ contudo, mesmo com essas solicitações, alguns projetos foram arquivados, como a criminalização da homofobia, e apesar do reconhecimento da união civil pelo Estado, a sociedade não os reconhece como tal, o que fomenta o ciclo de preconceito e de diversas questões que contribuem para a manutenção da saúde integral da mulher.

Essas mudanças, ainda que lentas, têm consequências diretas sobre a desconstrução da imagem tida dos homossexuais, em um contexto de desiguais, pois ainda que as representações sociais lhes tenham como identidades voltadas e criadas em torno das sexualidades, por meio dessas novas constituições e do caminhar para a equidade dos direitos, isso pode vivenciar novas construções de superação das diferenças.

Reforçar a construção da ética do respeito é fundamental no convívio entre seres humanos e isso inclui reconhecer o convívio social das diversidades e as pluralidades do indivíduo e do coletivo.²⁷ A luta pela legitimidade social das relações homossexuais é uma pauta bastante transversal, que permeia diversos ambientes, evidenciadas pela realidade de sujeito invisível aos direitos. A universalidade dos valores heterossexistas precisa transcender, de forma a superar o estigma vivenciado por esses sujeitos na sociedade atual.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se com este estudo a necessidade do aprimoramento e atualização nos dados dos sistemas de informação, de modo a incluir a população LGBT, para que essas informações possam ser trabalhadas no cotidiano dos serviços de saúde brasileiros. É imperativo aos profissionais a ampliação da visão sobre as DST, das práticas de risco do grupo e a assistência, sair da margem da heteronormatividade a partir de uma visão ampliada da gestão que se faz necessária ao reorganizar a disponibilização e coleta dos dados referentes aos indicadores de saúde das MSM.

Nesta pesquisa, revelou-se também a importância de um olhar mais abrangente na questão dos direitos de todos. O princípio da equidade do SUS precisa ter seu cumprimento efetivado pelas diversas Portarias, Leis, Projetos de Leis e Políticas já instituídas a fim de que essas mulheres sejam vistas como sujeitos de direitos com suas demandas singulares. E aos profissionais da saúde, que são os responsáveis pelo cumprimento da assistência integral, e à sociedade, de forma geral, é necessário acolhê-las, que estão à margem dos demais, aquém de possibilidades do cuidado integral como um direito em saúde.

Espera-se contribuir para a divulgação e interesse em pesquisar e lutar cada vez mais pelos direitos que não têm sido efetivados e pela formação adequada dos profissionais da saúde, a saber das necessidades da mulher lésbica ou bissexual, com atitudes que possam afastar-se dos protocolos heteronormativos, de maneira a atingir a todas, considerando a possibilidade dos diferentes tipos de relação e, dessa forma, atuar nas formas de prevenção e assistência.

Destarte, ressalta-se que as conquistas, até então evidenciadas pelo grupo, foram resultado de muitas lutas dos movimentos feministas e movimentos LGBT. A participação social é necessária para a mobilização de mudanças. As usuárias precisam adquirir mais autonomia, apresentar o orgulho e cuidado de si durante as ações de saúde para que todo esse acompanhamento possa ser realizado, haja alimentação dos sistemas, nitidez das necessidades e efetivação dos direitos oferecidos na Política.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

2. Secretaria Especial de Direitos Humanos (BR). Texto-base da conferência nacional de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: SEDH; 2008.
3. Ayres JRCM, França JR-I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 121-143.
4. Facchini R, Barbosa R. Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: promoção da equidade e da integralidade [Internet]. 2006. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde [cited 2015 Oct 07]; Available from: http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf
5. Bacci I. Lésbicas, Estigmas e Vulnerabilidades. 1º Encontro Paulista de Prevenção e Controle das DST/Aids. São Paulo: Coordenação Estadual de DST/AIDS; 2009. p. 24 a 29.
6. Mello L, Avelar RB, Maroja D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. Soc estado. Brasília [Internet]. 2012 Aug [cited 2016 Jan 10];27(2):289-312. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000200005&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000200005>.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
8. Foucault M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Campinas: Loyola, 1996.
9. Ministério da Saúde (BR). Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
10. Ministério da Saúde (BR). A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
11. Medronho R, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL (eds.). Epidemiologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
12. Datasus [Internet]. Ministério da Saúde (BR): Epidemiologia e Morbidade. Casos de AIDS. 2015- [cited 2015 nov 01]; Available

from:

- <http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/ce.def>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Banco de dados. Cidades. Brasil: IBGE. 2015- [cited 2015 Oct 20]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230440>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasil: IBGE; 2015 - Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais; [cited 2015 oct 23]; Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2014/default_xls.shtm
15. Teitelbaum I, Puhl PR. Ideias e Aspirações do Jovem Brasileiro sobre conceitos de família. Núcleo de Tendências e Pesquisa do Espaço Experiência FAMECOS/Pontífica Universidade Católica do Rio Grande de Sul. Rio Grande do Sul (RS): 2015 Nov [cited 2015 nov 18]; Available from: <http://jornalggn.com.br/fora-pauta/puc-rs-pesquisa-geracao-y>.
16. Schraiber LB, Doliveira AFPL. La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. Salud colect [Internet]. 2014 dez [citado 2016 abr 12]; 10(3):301-312. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652014000300002&lng=pt.
17. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos: ferramenta para a ação política das mulheres. 10º Seminário Nacional Implementando os Marcos de Saúde Integral e Direitos sexuais e Reprodutivos das Mulheres; 2008, Porto Alegre, RS [cited 2015 oct 12]; Available from: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/169650/mod_resource/content/2/Texto%20DDSSDDRR.pdf
18. Shirley KC, Lupita RT, Karen JC, Jeffrey M, Marcia W, Cynthia KJ et al. Center of Disease Control and Prevencion. 2014 Marc [cited 2015 Nov 08];63(10):209-212. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6310a1.htm>
19. Vargens O, Rangel T. Reflective analysis on the social aspects of HIV/AIDS: feminization, discrimination and stigma. Online braz j nurs [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Dec 20]; 11(1): [about 10. p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nurs>

Cabral LS, Torres RAM, Silva LMS da et al.

Homossexualidades femininas no contexto dos...

[ing/article/view/3531.http://dx.doi.org/10.5935/2F1676-4285.20120022](http://dx.doi.org/10.5935/2F1676-4285.20120022).

20. Guinsburg R, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico. Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo; 2010 [cited 2015 nov 01]; Available from: http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/tratamento_sifilis.pdf

21. Sousa JC, Mallmann Dg, Galindo NNM, Freitas NO, Vasconcelos EMR, Araújo EC. Health promotion of lesbian woman: nursing care. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2014 Dec [cited 2015 Nov 13];35(4):108-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400108&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45308>.

22. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Brasil: INCA. 2013- INCA e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014 [cited 2015 nov 10]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014

23. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2006 Feb [cited 2015 Oct 07]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

24. Secretaria de Direitos Humanos (BR). Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2012 [Internet]. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos; 2013 [cited 2015 Nov 06]; Available from: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012/view>

25. Mapa da violência [Internet]. Brasília (DF): FLACSO; 2015- Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil [cited 2015 Nov 08]:[about 83 p.]. Available from: http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2015_mulheres.php

26. Secretaria Especial de Direitos Humanos (BR). Anais da Conferência de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais - GLBT. Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania GLTB. Brasília (DF). 2008 [cited 2015 Oct 11]. Available from: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/cncd-lgbt/conferencias/anais-1a-conferencia-nacional-lgbt-2>

27. Sousa PJ, Abrão MS, Costa AM, Ferreira LOC. Humanização no acolhimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 June [cited 2016 Jan 15];5(4):1064-071. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1355/pdf/503>

Submissão: 14/04/2015

Aceito: 10/03/2017

Publicado: 15/04/2017

Correspondência

Letícia da Silva Cabral
Rua Bulgária, 1010, Ap. 104, Bloco B
Bairro Vila Manoel Sátiro
CEP: 60713-500 – Fortaleza (CE), Brasil